…………………………………. ………………………………

Pieczątka firmowa pracodawcy Miejscowość, data

**GWARANCJA ZATRUDNIENIA**

Oświadczam, że po ukończeniu przez Pana/Panią ………...………..……………….………

szkolenia …………………………………………………………………………………..…………..

………………………………………………………………………………………………………...

gwarantuję zatrudnienie w mojej firmie na okres co najmniej 3 miesięcy.

**I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego**

**1.Czy pracodawca w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie:**

** Tak  Nie**

**2. Nazwa pracodawcy:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**3. Nr NIP:** ……………………………………………………………

**4. Nr statystyczny pracodawcy REGON:**……………………………………………….

**5. Podstawowy rodzaj działalności w/g P K D:**…………………………………………….

**6. Adres pracodawcy:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**7. Forma prawna prowadzonej działalności:**

**** Spółka ( np. S.A., sp. z o.o., s. c.)

 Przedsiębiorstwo państwowe

 Spółdzielnia

 Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

 Inna (jaka?)…………………………

**8. Forma własności:**

 Prywatna  Publiczna

**9. Osoba reprezentująca pracodawcę, wskazana do kontaktów:**

**Nazwisko i imię:**………………………………………… ……………………………………………

**Telefon:**……………………………………………….…………………………………………………

**e-mail:**……………………………………………………………………………………………………

**10. Liczba pracowników obecnie zatrudnionych:**……………………………………………….

**11.Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej?**

** Tak  Nie**

**Zatrudnienie winno nastąpić bezpośrednio, nie później niż do 30 dni od zakończeniu szkolenia.**

**Bezpośrednio po zakończeniu szkolenia osobie bezrobotnej zostanie wydane skierowanie do pracy do pracodawcy wystawiającego gwarancję zatrudnienia.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY DLA BEZROBOTNEGO PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA** | | | | |
| Nazwa stanowiska |  | | | |
| Liczba miejsc pracy |  | | | |
| Rodzaj wykonywanej pracy |  | | | |
| Wymiar czasu pracy i  forma zatrudnienia |  | Proponowane wynagrodzenie | |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  | | | |
| Dni tygodnia i godziny pracy | OD: | | DO: | |
| Charakter pracy - w tym: | TAK | | NIE | |
| praca w systemie zmianowym |  | |  | |
| praca szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia |  | |  | |
| praca w niedziele i święta |  | |  | |
| praca w porze nocnej |  | |  | |

……………..…………………………………….

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy lub właściciela firmy

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21, 45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z art. 40; art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz. U. z 2019 poz. 1482 z późn. zm.). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej http://opole.praca.gov.pl/ lub w siedzibie Administratora)*